

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: **K/1219/2006** APPLICATION DATE: **12/12/19**

NAME of APPLICANT: **HARIDAS NANDI** AGE-YEARS **64** SEX **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: **ANANDA NANDI**



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **CHUNTARPARA, BELDANGA, MURSHIDABAD, 742133, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **- AS ABOVE -**

OCCUPATION: **HOME MAKER** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: **RS 2300 x 12 = 27600/-** (Attach Proof of Income)

PAN No. **प्राप्त नहीं**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No**

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	HARIDAS NANDI	64	F	SELF
2.	SAMEER NANDI	38	M	SON
3.	KAMINI NANDI	36	M	SON
4.	LAKSHI KHY	33	F	DAUGHTER

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये निहित आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न की)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अल्प वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न की)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न की)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये निती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSES - CATARACT - LE
2.	SURGERY - LE (SPCS + PALS)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त भई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि

